

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 81

D U

KYSTE HYDATIQUE
DE LA TROMPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Janvier 1908

PAR

Jean-Gaston-André FRONTGOUS

Né à Aix (Bouches-du-Rhône), le 26 avril 1883

Elève du Service de Santé de la Marine

Examineurs de la Thèse :	{	MM. VILLAR	professeur ...	Président
		DENUCE	professeur ...	
		BÉGOIN	agréé.....	Juges
		MONGOUR	agréé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — RUE PORTE-DIJEUX — 91

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1907-1908

N° 81

DU

KYSTE HYDATIQUE DE LA TROMPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

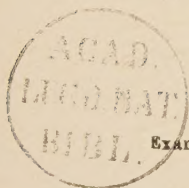
présentée et soutenue publiquement le 29 Janvier 1908

PAR

Jean-Gaston-André FRONTGOUS

Né à Aix (Bouches-du-Rhône), le 26 avril 1883

Élève du Service de Santé de la Marine



Examineurs de la Thèse :

MM. VILLAR
DENUCÉ
BÉGOIN
MONGOUR

professeur ... *Président*
professeur ...
agrégé. } *Juges.*
agrégé. }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE DU MIDI, E. TRÉNIT

91 — RUE PORTE-DIJEUX — 91

1908

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. PITRES..... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraire.
MASSE..... }

	MM.		MM.
Clinique interne.....	PICOT.	Chimie.....	BLAREZ.
	PITRES.	Histoire naturelle ...	GUILLAUD.
Clinique externe.....	DEMONS.	Pharmacie.....	DUPOUY.
	LANELONGUE.	Matière médicale....	DE NABIAS.
Pathologie et thérapéutique générales.	VERGELY.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Médecine opératoire.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Clinique d'accouchements.....	LEFOUR.	Clinique gynécologique	BOURSIER.
Anatomie pathologique.....	COÛNE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie.....	GENTES (chargé).	Chimie biologique...	DENIGÈS.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Physiologie.....	JOLYET.	Pathologie exotique.	LE DANTEC.
Hygiène.....	LAYET.		
Médecine légale.....	L LANDE.		
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIE.		

PROFESSEURS ADJOINTS:

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale.*)

MM. MONGOUR.	MM. ABADIE.
CABANNES.	CRUCHET.
VERGER.	

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe {	MM. BÉGOUIN.	Accouchements. {	MM. ANDERODIAS.
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie. {	MM. GENTES.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	CAVALIÉ.	Histoire naturelle. {	BEILLE.
			MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	MM. BENECH.	Pharmacie.....	MM. BARTHE.
			LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. RONDOT.
Accouchements.....	PERY.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Hommage de reconnaissance et d'affection.



A MON FRÈRE LE DOCTEUR RAYMOND FRONTGOUS

MÉDECIN DES TROUPES COLONIALES



A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JOURDAN

DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI BOURQUET

D'AIX

A MES MAÎTRES DE LA MARINE

ET DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUEMIN

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 2^e CLASSE DE LA MARINE

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE DE LA MARINE

SOUS-DIRECTEUR

DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR VILLAR

PROFESSEUR DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Arrivé à l'heure crépusculaire de notre vie d'étudiant et à l'aurore de notre vie de médecin et de colonial, c'est un plaisir pour nous que de rendre un hommage aux maîtres de la marine et de la faculté qui ont bien voulu nous inculquer les premiers principes de l'art médical.

Certes, peut-être notre faible voix ne sera pas au diapason des circonstances, mais, disait M. de Meaux, « les choses parleront assez d'elles-mêmes. » Ce n'est pas sans un attendrissement mitigé de mélancolie que nous nous souvenons de nos débuts dans l'art illustré par Hippocrate, débuts guidés par nos maîtres de l'école annexe de Toulon et, en particulier, MM. Bouras et Palasme de Champeaux.

Comme intermède entre la médecine maritime et la médecine civile, nous pratiquâmes de la médecine militaire dans le service de M. Berthier, médecin principal, qui fut pour nous un excellent professeur et qui depuis n'a cessé de nous témoigner sa paternelle amitié. Qu'il veuille bien accepter l'assurance de toute notre reconnaissance !

Dans les différents services de l'hôpital civil, nous trouvâmes toujours, chez nos maîtres successifs, MM. Courtin, Demons et Pitres, de l'urbanité, de la complaisance et de la science. Nous les prions de croire à notre gratitude.

Enfin, pendant l'année 1907, nous avons rempli les fonctions d'interne à l'hôpital St-Jean, ce refuge de la Déesse blessée pourchassée par la pruderie policière d'une société hypocrite, nous y appreciâmes la science, la simplicité, la

douce indulgence et la saine philosophie du médecin aimable qui nous apprit l'art de panser et de guérir les désordres qui peuvent résulter du contact de deux épidermes.

Que M. Bellot, médecin en chef de la marine, sous-directeur de l'Ecole de santé, qui nous fut souvent indulgent, veuille bien recevoir ici l'assurance de notre reconnaissance.

Il nous reste, avant de clore cet avant-propos, un devoir très doux : celui de remercier notre ami, le docteur Penaud, médecin de la marine, qui nous fut un soutien dans les heures difficiles et nous aida de ses conseils dans la confection de cette thèse.

M. le Professeur Villar a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fait.

INTRODUCTION

L'idée de cette thèse nous a été donnée par M. le Professeur agrégé Chavannaz, qui eut, l'an passé, dans son service un cas curieux de kyste hydatique de la trompe, presque diagnostiqué avant l'opération. Je dis presque, puisque le diagnostic posé était celui de kyste hydatique de l'ovaire.

Nous avons alors cherché dans la littérature médicale s'il existait des cas semblables, et nous avons été frappé de la rareté extrême de cette affection. Nous n'avons trouvé, en effet, qu'un seul cas vraiment net de kyste hydatique de la trompe, celui de Doléris, et quelques cas douteux dans lesquels il n'avait été fait ni intervention ni autopsie.

L'étude des kystes hydatiques du petit bassin, en général, avait été soigneusement faite en 1893 par un de nos camarades de la marine, Lavigne Sainte-Suzane; mais cette étude était trop vaste et il avait dû forcément négliger l'histoire de chaque variété, puisque nous y voyons décrits un peu pêle-mêle les kystes de la protaste à côté des kystes de l'utérus et de ceux des os du bassin.

En 1894, nous trouvons une étude sérieuse de Dermigny sur les kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas et, en 1897, une thèse de Lemonnier sur les kystes du ligament large.

Nous ferons rapidement l'étiologie et la pathogénie de ces tumeurs. Nous ne pourrions établir une symptomatologie aussi précise que nous le voudrions, étant donnée la rareté extrême de cette affection; mais, cependant, nous essayerons de rechercher et d'insister sur certains signes, en particulier

le frémissement hydatique qui permet d'éclairer singulièrement le diagnostic de ces tumeurs.

Nous consacrerons un chapitre à la marche, la durée, les complications, le pronostic de ces tumeurs, et nous terminerons par le traitement.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

De nombreuses théories ont été proposées autrefois pour expliquer l'origine des kystes hydatiques. Alors même que la nature parasitaire des hydatides était connue et admise par tous, l'humidité, la privation des rayons solaires, le séjour dans certains endroits, tout hormis l'infection était invoqué pour expliquer leur présence.

Nicolas Auduy, en 1700, le premier émit l'hypothèse que les vers que l'on trouvait chez l'homme se seraient développés à la suite de l'introduction dans l'organisme de certains œufs qui remplissent l'atmosphère. Linné avait dit que l'on devait regarder ces vers comme ayant été introduits dans le corps où ils auraient changé de forme.

Nous savons aujourd'hui que les kystes hydatiques sont des tumeurs dues au développement d'un ver vésiculaire connu sous le nom d'échinocoque ou d'hydatide. Ces tumeurs représentent l'état larvaire d'un *tœnia* de petite taille appelé *tœnia échinococcus*.

Ce *tœnia* vit, à l'état adulte, dans la première partie de l'intestin grêle du chien. Il est très petit, sa longueur variant entre 2 millim. 5 et 5 millimètres, n'atteignant que très exceptionnellement 6 à 7 millimètres ; sa tête, petite et subglobuleuse, présente un rostre saillant muni d'une double couronne de 28 à 50 crochets et de 4 ventouses. Le cou, très court, se trouve suivi par une courte chaîne composée de 3

ou 4 anneaux, dont le dernier, quand l'animal a acquis son développement complet, égale ou dépasse la moitié de sa longueur totale. C'est dans cet anneau seulement, qu'on aperçoit un utérus formé d'un tronc médian, d'où partent des branches latérales et courtes, remplies d'œufs.

Dans l'intestin du chien, ce *tœnia* est quelquefois libre et nage dans le contenu intestinal, ou bien le ver est fixé par son extrémité céphalique entre les villosités.

A un moment donné, le *tœnia* est expulsé et les œufs sont mis en liberté par la destruction des anneaux, sous les influences atmosphériques. Ces œufs, expulsés avec les matières fécales du chien, peuvent être apportés avec les fumiers au pied des légumes, ou transportés par les eaux de pluie dans les ruisseaux. Ils peuvent ainsi être avalés par la femme, soit avec les aliments, légumes, fruits, soit avec les eaux de boissons.

Arrivée dans le tube digestif, leur coque se dissout ; il sort de l'œuf un petit embryon, connu sous le nom d'embryon hexacanthé, muni de 6 crochets. Celui-ci perfore les tuniques de l'intestin, pénètre dans le torrent circulatoire et est entraîné avec le sang dans un organe où il s'enkystera et donnera naissance à un ver vésiculaire appelé aussi hydatide ou échinocoque, et c'est la présence de cet échinocoque dans les tissus qui donne lieu au kyste hydatique.

C'est là l'explication classique et banale de la formation du kyste hydatique.

Dans le cas particulier de kyste de la trompe, cette explication peut paraître insuffisante. Que se passe-t-il, en effet, lorsque l'embryon hexacanthé a perforé les tuniques intestinales ?

1° Il pénètre dans le système porte qui le transporte dans le réseau capillaire du foie, premier obstacle, première barrière difficile à traverser, comme le prouve la fréquence des kystes hydatiques de cet organe.

S'il réussit à franchir cet obstacle, il arrive au cœur droit par l'intermédiaire de la veine cave, et, de là, il est lancé

dans le réseau capillaire du poumon, nouvel obstacle ; il faut donc qu'il échappe encore aux mailles serrées de ce filet pour arriver au cœur gauche et, de là, être lancé dans le réseau artériel.

2° Il peut suivre une voie plus simple et échapper à la barrière que lui oppose le foie, si, la paroi intestinale traversée, il tombe dans le système lymphatique. Il est alors conduit dans le canal thoracique, de là, il arrive dans le cœur droit qui le lance dans le poumon. Il n'a plus alors qu'à traverser le filtre pulmonaire, revenir au cœur gauche d'où il est lancé dans les organes les plus éloignés.

Mais dans les deux cas, nous voyons qu'un embryon hexacanthé rencontre de nombreux obstacles, et nous ne comprenons pas très bien pourquoi il vient se fixer au niveau de la trompe.

On a cherché à expliquer cette fixation par l'adjonction d'une cause adjuvante, le traumatisme.

On connaît le rôle important que joue le traumatisme dans les affections microbiennes et qui a été démontré d'une façon tout à fait certaine par les expériences de Max Schuller et Lannelongue, sur des chiens auxquels ils avaient inoculé des microbes de la tuberculose et de l'ostéo-myélite et chez qui ils déterminèrent, en faisant des fractures, le développement de l'ostéomyélite provoquèrent des ostéo-arthrites tuberculeuses en traumatisant leurs articulations.

M. Danlos, dans sa thèse sur l'influence du traumatisme accidentel considéré comme cause occasionnelle des kystes hydatiques en général, admet que sous l'influence d'un traumatisme de l'abdomen, il peut se produire une petite rupture vasculaire ; il se forme alors une collection sanguine et si à ce moment un embryon se trouve dans un de ces vaisseaux, il pourra s'arrêter et se développer.

Voici d'ailleurs les conclusions de sa thèse :

1° Très souvent, les kystes hydatiques ont été précédés d'un traumatisme de la région où ils se sont développés.

2° Ces faits sont trop nombreux, trop généraux, pour ne pas indiquer un rapport de causalité.

3° Les auteurs qui n'ont pas tenu compte suffisamment de l'animalité des kystes hydatiques, ont généralement reconnu au traumatisme, le rôle de cause efficiente par inflammation, par frottement, par transformation d'un foyer sanguin.

Cette théorie du traumatisme, comme cause occasionnelle, nous paraît très satisfaisante, malheureusement nous n'avons pu dans les deux cas qui nous intéressent, retrouver le moindre traumatisme, ni heurt, ni chute, comme début de la maladie.

Il est possible, il est vrai, que le traumatisme ayant été peu violent, ait passé inaperçu.

En résumé, nous devons donc considérer dans les cas particuliers la voie vasculaire comme possible, comme probable même, mais non comme certaine.

Nous sommes alors amené à envisager la théorie de Freünd qu'on ne peut passer sous silence, puisque cet auteur fournit deux cas à l'appui de sa théorie. Nous voulons parler de la voie vaginale.

Freünd rappelle que certaines femmes dressent des chiens à des usages spéciaux, et qu'il n'est pas impossible que la langue de ces animaux ne dépose directement les œufs du *tœnia échinococcus* sur la vulve et le clitoris, de là, ils peuvent être emportés par le courant lymphatique vers les ganglions inguinaux et hypogastriques, ou bien ils remontent dans le vagin, de là, dans l'utérus, et de là, dans la trompe où ils se fixent.

Mais, est-il prouvé que le mucus vaginal jouisse des mêmes propriétés que les sucs digestifs, pour qu'ils puissent, comme ceux-ci, dissoudre la coque de l'œuf, mettre en liberté l'embryon hexacanthé qui, grâce à ses crochets, perforerait les tuniques de vagin.

Il y aurait là évidemment, une étude expérimentale à faire. Cette étude n'ayant pas été faite, et d'un autre côté, rien ne nous permettant de supposer, chez nos deux malades, des

habitudes si spéciales, nous ne pouvons conclure d'une façon ferme et accepter la théorie de Freünd, malgré tout ce qu'elle aurait eu de séduisant dans son aimable simplicité.

Lavigne Sainte-Suzanne signale enfin une troisième voie comme possible : la voie rectale. L'embryon arrivé dans le rectum avec les matières stercorales, se fixerait à la paroi rectale à l'aide de ses crochets, puis, grâce aux mouvements rapides dont ceux-ci sont animés, il perforerait les tuniques du rectum, et se trouverait dans le cul-de-sac de Douglas, d'où il gagnerait le ligament large et la trompe.

En somme, trois voies possibles, dont la plus vraisemblable, semble être encore la voie vasculaire.



CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il n'y a évidemment pas, à proprement parler, une anatomie pathologique spéciale pour les kystes hydatiques de la trompe : il est tout naturel de penser que le kyste hydatique doit avoir là comme dans tout autre organe, sa constitution habituelle, sa morphologie normale, et c'est en effet ce que l'examen et l'étude des tumeurs de cet ordre, extirpées par l'acte opératoire ont démontré. Mais il y a toujours, à propos d'une tumeur susceptible de se développer dans des organes différents, certaines particularités propres à tel organe particulier et dont la connaissance est par suite des plus précieuses ; c'est encore ce qui arrive dans le cas particulier du kyste hydatique de la trompe.

Il nous est donc indispensable, pour tenter d'être complet, de reprendre brièvement l'anatomie pathologique du kyste hydatique afin d'indiquer au passage ce qui fait la physionomie particulière et pour ainsi dire l'individualité de celui de la trompe.

Au point de vue de sa constitution, le kyste de la trompe comme toutes les autres kystes hydatides comprend : une paroi contenant et un contenu. L'anatomie de cette paroi n'a ici rien de particulier. Rappelons brièvement qu'elle comprend :

1° Une membrane externe, périkystique, l'ectocyste fourni par la réaction de l'organe atteint, très résistant ;

2° La paroi du ver vésiculaire lui-même ou échinocoque, double, formé :

a) de la membrane cuticulaire constituant une couche épaisse ;

b) De la membrane germinale, mince, plus interne, de nature cellulaire.

C'est cette membrane germinale qui, par sa prolifération, donne les vésicules prolifères qui, développées, restent toujours rattachées à elle, et qui contiennent dans leur cavité les têtes des ténias avec leurs crochets.

De plus, dans presque tous les kystes hydatiques il existe des vésicules secondaires — qu'on a appelé vésicules filles — *Tochterblasen* des Allemands. Ces vésicules se développent dans les cuticules de la vésicule mère et suivant qu'elles prolifèrent, puis s'échappent en dehors ou en dedans, forment des vésicules filles exogènes ou endogènes, suivant qu'elles s'extraient du kyste ou qu'elles tombent dans l'intérieur de sa cavité, dans le liquide kystique.

Or, nous avons ici un fait très intéressant à noter : Dans l'une de nos deux observations, celle qui nous a été fournie par M. le professeur Chavannaz, il n'y avait pas de vésicules filles. On trouvait l'hydatide normalement constituée au point des parois mais pas de vésicules filles à l'ouverture de la tumeur. C'est là un fait tout particulier qu'on n'a noté dans aucun des kystes du petit bassin.

Contenu du kyste. — Dans l'une des observations que nous avons, le contenu du kyste est, ainsi que de coutume clair et transparent comme de l'eau de roche ou à peine opalin. Macroscopiquement, c'est en somme un liquide normal de kyste hydatique. Malheureusement, nous n'avons pas d'analyse microscopique chimique du liquide ni dans l'une ni dans l'autre de nos deux observations. Mais comme tous ces kystes du petit bassin ont une constitution absolument analogue, il nous a paru intéressant, pour donner une idée nette de leur composition, de reproduire l'analyse chimique

publiée dans la thèse de Lemonnier, à propos d'un kyste du ligament large :

Réaction : alcaline mais acide par la suite.

Densité : 1008.

Composition :

Eau.....	98.573
Résidu	
A 100° mat. organiques	0.293
(alb.)	
Mat. minérales	1.134
	100.000

Chlorure de sodium ;
Sulfate ;
Phosphates ;
Carbonates de chaux ;
Silice ;
Acide phosphorique.

}

Traces.

Dans ce cas, comme dans tous les cas analogues, on a pu en outre retrouver les faits suivants : en prenant avec une pipette quelques gouttes dans les parties inférieures, on voit de nombreux points blanchâtres : regardés au microscope, on reconnaît nettement des échinocoques. En même temps, dans le liquide flottent des fragments d'une membrane mince et délicate.

Dans l'observation de Doléris, on a trouvé dans le liquide, des vésicules filles en liberté absolument comme dans les kystes hydatiques types.

Voici donc au point de vue anatomo-pathologique la constitution macroscopique et microscopique du kyste lui-même, avec les modifications qu'il a présentées lorsqu'il siégeait au niveau de la trompe.

Il nous reste maintenant à étudier ce qu'offrent de particulier ces kystes de la trompe au point de vue de leur nombre, de leur fréquence, de leur forme, de leur volume, de leur rapport.

1° *Fréquence*. — Les kystes hydatiques de la trompe paraissent constituer une affection extrêmement rare: peut-être cela tient-il un peu à l'insuffisance des moyens en possession pour en faire le diagnostic. Néanmoins, comme la plupart des tumeurs de la trompe ou même de cette région donnent lieu à des interventions opératoires et que d'autre part le nombre des tumeurs de ce genre noté à l'autopsie est très réduit, il faut bien en conclure la rareté de cette forme de kyste hydatique.

D'abord nous tenons à rappeler que l'ensemble des kystes du petit bassin, sans être rares, sont des kystes déjà comparativement beaucoup moins nombreux que ceux d'autres parties du corps eten particulier du foie, du poumon et du cerveau. Nous reproduisons à cet effet le tableau suivant indiquant la fréquence relative, suivant les organes, des kystes hydatiques d'après une série d'observations, tableau qui a paru dans la thèse Lavigne Sainte-Suzanne :

	Davaine	Boëker	Neisser	Finsen	Madelung
Foie	166	17	451	176	132
Poumon	40	5	17	7	21
Rate	»	4	28	2	3
Plèvre	»	»	17	»	2
Appareil circulatoire	12	1	29	»	1
Cavité crânienne ↑	22	»	68	»	1
Canal rachidien	3	»	13	»	»
Reins	31	2	80	3	7
Petit bassin	26	1	36	»	7
Organes génitaux	13	»	44	»	3
Os	17	»	28	»	3
Face, orbite, bouche	16	»	21	4	»
Cou	7	»	10	1	»
Tronc et membres	20	»	»	8	13
Péritoine	»	2	2	54	3
Total :	373	32	844	255	196

Ce qui fait une proportion moyenne d'environ 5 à 6 % surtout si l'on tient compte que dans ce tableau on compte des kystes osseux à part (et il en existe assez souvent dans le petit bassin) ainsi que les kystes génitaux. Mais maintenant, en nous bornant aux kystes génitaux, nous pouvons nous assurer qu'ils sont la minorité parmi les kystes hydatiques du petit bassin. Rien ne le montre mieux que le tableau suivant, déduit de 86 observations empruntés à la même thèse que plus haut :

Tissu cellulaire rétro-vésical	49
Vessie	9
Utérus	4
Ovaire, trompe et ligaments larges	8
Vagin	2
Prostate	4
Os	10
Total:	86

Il résulte de là, que le plus souvent, c'est dans le tissu cellulaire, dans le tissu sous-péritonéal du petit bassin que se développent les kystes et en particulier en arrière de la vessie entre la vessie et le rectum chez l'homme, entre la vessie et le vagin chez la femme. Nous n'avons environ qu'une moyenne de 15 cas de kystes génitaux pour 100 cas de kystes du petit bassin. Ovaire, trompes et ligaments larges sont eux-mêmes représentés par huit. Ceci nous montre que le kyste de la trompe est bien réellement une affection très rare. Nous en avons recueilli, en somme, deux seules observations, celle de Doléris et celle qui nous a été communiquée par M. le Professeur Chavannaz.

2° *Nombre.* — Au point de vue du nombre, l'observation de Doléris est intéressante : la plupart des kystes hydatiques du petit bassin sont uniques : il y a un kyste. Or, ici nous nous trouvons en présence de deux kystes, tous deux formés aux

dépens chacun de l'une des trompes et développés bien symétriquement de chaque côté de l'abdomen.

Dans l'observation de Chavannaz le kyste était unilatéral.

Il est intéressant de plus à noter que dans aucune de nos deux observations il n'y avait pas de coïncidence avec d'autres kystes placés en d'autres points de l'organisme. Le fait est très curieux à noter. Car ces coïncidences des kystes hydatiques en différents points chez un même individu sont chose si fréquente que Davaine lui avait attribué une vraie valeur diagnostique.

3° *Volume*. — Le volume de ces kystes peut être considérables ; dans le cas de M. Chavannaz la tumeur avait environ le volume d'un fœtus de six mois ; dans celui de Doléris, les deux tumeurs, à peu près également développées, étaient très volumineuses et avaient presque le volume d'une tête d'enfant. La masse des deux trompes enlevées du même coup, pèse 2 kilos et son diamètre est de 32 centimètres dans sa plus grande largeur, 28 dans sa plus petite. Elle est constituée par les deux trompes utérines, énormément distendues et développées, et remplies de vésicules hydatides. Les deux trompes une fois séparées : la trompe droite mesure 57 centimètres, la trompe gauche en mesure 53, en tout 1^m 10. Ceci représente évidemment des tumeurs très considérables. Dans le cas de Villar, la tumeur était énorme et remontait jusqu'à deux travers de doigt du foie.

4° *Forme*. — La forme de ces tumeurs est très irrégulière. Dans les deux observations, nos kystes ne présentent pas une surface lisse, mais bien plutôt et surtout dans le cas de Doléris, l'aspect d'anses intestinales agglutinées et distendues. Les deux tumeurs se réunissent par dessus l'utérus et le coiffent en quelque sorte ; aussi, après l'extirpation, toute la partie antéro-inférieure du kyste de droite montrait-elle une dépression, une sorte de loge, qui correspondait à la place occupée par l'utérus.

La coloration est blanche, nacréée, presque transparente par place.

Ce sont là des kystes multiples, qui constituent, par leur agglomération, cette masse multiloculaire. Ceci est encore contraire à ce qui se passe le plus souvent pour les kystes du bassin, où l'on a affaire à des tumeurs lisses, arrondies, hémisphériques et monoloculaires.

5^o *Rapports.* — Il nous a paru intéressant d'étudier rapidement les rapports affectés par la tumeur kystique avec les organes du petit bassin.

Le kyste hydatique de la trompe, bien développé, c'est-à-dire ayant acquis déjà la grosseur d'une orange, est en rapport en dedans avec l'utérus, qu'il repousse à mesure qu'il grossit, s'il est unilatéral. S'il y a bilatéralité (cas de Doléris), l'utérus est comme écrasé entre les deux tumeurs.

En haut, il est en rapport avec les anses intestinales ; en arrière avec le rectum, qu'il peut comprimer, ce qui peut déterminer de l'hypertrophie des fibres musculaires du rectum dans la portion située au-dessus de la tumeur (observation de Charcot). En dehors, on trouve l'ovaire et la fosse iliaque.

En avant et en bas, ce kyste est en rapport avec la vessie.

De plus, comme presque toujours, il se produit des poussées de pelvi-péritonite ; il en résulte des adhérences nombreuses, de sorte que la tumeur est intimement maintenue et accolée aux organes voisins et qu'elle est pour ainsi dire figée dans la situation qu'elle occupe.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Cette symptomatologie des kystes hydatiques de la trompe est forcément très incomplète à l'heure actuelle. Et nous n'avons pas la prétention, en nous basant sur les deux seules observations que nous possédons, d'énoncer d'une manière définitive la série des signes qui permettent d'établir le diagnostic de cette affection.

Comme on le peut penser, la plupart de ces signes sont ceux des tumeurs du bassin en général; leur étude, à cet endroit, n'en est pas moins indispensable, car ce sont les signes les plus fréquents, ceux que l'on retrouvera dans tous les cas. Certains symptômes, qui ont, il est vrai, une valeur pathognomonique beaucoup plus considérable, se rencontrent beaucoup plus rarement, par exemple et surtout, le frémissement hydatique, signe si difficilement retrouvé sur les kystes hydatiques bien connus, comme ceux du foie par exemple, et par suite, plus difficiles encore à rechercher sur des kystes de l'organe qui nous intéresse. Ce n'est pas le cas, disons-le dès maintenant, chez la malade de M. Chavannaz, où le frémissement était si net, qu'il permit de faire d'emblée le diagnostic.

I. — Signes fonctionnels.

Ces signes, qui apparaissent les premiers, sont le plus souvent — pas toujours, peut-être — les signes fonctionnels. L'un d'eux, la douleur, a été le premier noté.

Douleur. — Cette douleur n'existe pas d'emblée d'ailleurs, et ne semble pas accompagner forcément le début d'un kyste hydatique de la trompe. Il arrive, au contraire, ici, ce qui arrive pour beaucoup de tumeurs de l'abdomen et du petit bassin ; leur début est absolument insidieux, et la douleur, elle-même, fait défaut ou elle n'est représentée que par des phénomènes si minimes que la malade n'en retrouve le souvenir que si on attire très vivement son attention sur ce point-là.

Le plus souvent, au début, ces douleurs sont vagues, espacées, consistent en une sensation de gêne, d'hypertension ou par moment de distension un peu brutale. La sensation de déchirement, de douleur térébrante, n'existent guère que dans les crises et ces crises n'apparaissent que lorsque la tumeur est déjà devenue volumineuse ; elles se produiront dans des conditions tout à fait indéterminées, mais assez volontiers à la suite de l'accomplissement d'une fonction physiologique de l'un des organes du petit bassin : la miction, la défécation, le coït ou au moment des règles.

Certains kystes du petit bassin ont évolué complètement sans que la douleur ait même été notée. Le docteur Finsen, qui a observé de nombreux kystes hydatiques en Irlande, signale, au contraire, la douleur comme un phénomène constant au début de la maladie.

Nous retrouverons ce symptôme dans nos deux observations : plus violent chez le malade de Doléris et plus précoce (mais l'affection était bilatérale), plus timide, attirant moins l'attention chez le malade de M. Chavannaz.

Donc au début, douleur peu nette, pouvant quelquefois ne pas exister; existant presque toujours à un stade plus avancé de la maladie, lorsque la tumeur est devenue relativement volumineuse; persistant alors généralement, mais pouvant aussi diminuer, comme cela est arrivé dans le cas de Doléris, alors que la double tumeur était déjà devenue énorme. Généralement, la douleur qui existe à ces phases de la maladie détermine surtout une sensation de distension, de gêne, de pesanteur, plutôt que de véritable douleur.

Il peut exister enfin une forme particulière de douleur: la douleur de voisinage produite par des phénomènes de compression. C'est ainsi que dans l'un de nos deux cas; dans celui de Doléris, il y avait des douleurs irradiées vers l'abdomen et surtout vers les cuisses, ce qui n'existait pas chez le malade de M. Chavannaz. Cette catégorie spéciale de douleurs n'arrive naturellement que relativement tard dans l'évolution de la maladie, puisqu'il faut qu'elle soit devenue assez volumineuse pour comprimer les organes voisins ou les troncs nerveux.

Constipation. — C'est là un signe fonctionnel d'une certaine valeur pour le diagnostic de l'affection. La constipation a été notée dans presque tous les cas. La malade de Doléris fut constipée dès les premiers mois de sa maladie. Cette constipation peut-être plus ou moins opiniâtre, parfois elle est constante; le plus souvent, elle survient par crise; les selles sont très douloureuses, rubannées et s'accompagnent d'un ténesme rectal parfois très intense qui peut simuler un rétrécissement du rectum. Cette compression du rectum a souvent pour résultat l'hypertrophie des fibres musculaires du conduit, dans la portion située au-dessus de la tumeur.

Miction. — Du côté de l'appareil urinaire, il y a également des phénomènes fonctionnels intéressants à relever: les troubles de la miction sont la règle; ils consistent le plus souvent en un besoin fréquent d'uriner; la miction est douloureuse et il peut même y avoir de la rétention d'urine.

Ces troubles peuvent être relativement précoces ; et il semble qu'il faille en rechercher la cause dans l'irritation du muscle vésical par le contact de la tumeur. De plus la tumeur peut aussi comprimer directement les uretères d'où une rétention de l'urine dans les calices et les bassinets. Les deux malades de nos observations ont présenté des troubles du côté de la miction.

Menstruation. — Du côté de l'appareil génital et de la menstruation, il y a toujours chez la malade quelque chose à relever. Le développement d'une tumeur de ce genre au niveau d'une trompe ne peut pas ne pas avoir de répercussion de ce côté-là. D'abord les douleurs abdominales existent surtout, comme nous l'avons noté, au moment des règles, quand toutefois celle-ci persistent. L'une de nos deux malades, celle de M. Chavannaz n'était pas réglée. Celle de Doléris ne l'était plus : en effet, l'affection était double et au bout de quelques mois la tumeur, devenue volumineuse, s'opposait à l'accomplissement de ce phénomène physiologique. Nous ne voulons pas dire qu'il n'y avait pas de pertes sanguines ; il y en avait au contraire d'abondantes ; mais pas de règles.

Voici à peu près l'ensemble des signes fonctionnels intéressants susceptibles d'être relevés dans un cas de kyste hydatique de la trompe. Jamais la constatation de l'un ou de plusieurs de ces phénomènes ne saurait suffire à établir le diagnostic, s'il n'est pas corroboré par les signes physiques que nous allons maintenant passer en revue.

II. Signes physiques

Parmi eux, nous avons une série de signes, n'ayant pas une valeur absolue au point de vue du diagnostic, parce que commune à toutes les tumeurs du petit bassin ; et un signe,

auquel on a attribué une valeur pathognomonique : le fré-missement hydatique, malheureusement si difficile à recher-cher, que beaucoup d'auteurs ne l'admettent pas et le sup-priment de la symptomatologie du kyste hydatique.

Inspection. — Nous n'y insisterons pas. Ne peut jamais révélé que la présence d'une tumeur.

Palpation. — La palpation permet de reconnaître la pré-sence d'une tumeur plus ou moins volumineuse située dans l'une des fosses iliaques, où dans les deux (cas de Doléris). Si la paroi n'était pas épaisse et si le kyste n'avait pas con-tracté d'adhérences, on pourrait assez facilement reconnaître la position exacte de la tumeur et l'organe sur lequel elle est greffée, en l'isolant avec les mains, de l'utérus, des parois du bassin, etc. Mais ces deux conditions ne sont ordinaire-ment pas remplies, les adhérences, par suite de phénomènes de pelvi-péritonite sont au contraire très nombreuses, et la palpation ne permet guère que de constater la tumeur, son volume, sa consistance, et, beaucoup plus difficilement, l'organe auquel elle appartient.

La palpation combinée faite avec les deux mains peut également, si la paroi abdominale est peu épaisse, don-ner de la fluctuation : il y avait une fluctuation très nette sem-blable à celle d'un kyste de l'ovaire et très perceptible par le procédé de la chiquenaude, dans le cas de M. Chavannaz.

Percussion. — La percussion, lorsque la tumeur a atteint un certain développement, donne de la matité, dans la partie où elle fait le plus saillie, avec latéralement, dans les parties déclives des fosses iliaques et dans les flancs, une zone de so-norité qui l'encadre. Il est à noter que le déplacement et le changement de position ne modifient pas l'allure et la confi-guration de cette matité.

Disons en passant que la percussion, comme la palpation, par le contact des doigts sur la paroi, peut déceler la présen-ce d'un œdème. Il y avait un œdème léger dans l'observation de M. Chavannaz.

Frémissement hydatique. — C'est aussi par la percussion

qu'on se rend compte de ce signe dit pathognomonique du kyste hydatique.

Si l'on recherche ce signe par la palpation hypogastrique, il faut s'y prendre de la manière suivante : on applique l'index, le médius et l'annulaire de la main gauche écartés largement sur la tumeur, et avec l'index ou le médius de la main droite recourbé en marteau, on fait une double percussion assez violente sur le médius gauche. On a alors sous ce doigt une sensation toute particulière, tenant un peu de la sensation de flot, mais plus complexe et qui constitue le frémissement hydatique.

Toucher. — Enfin le toucher ou mieux les touchers ne doivent jamais être négligés dans un cas de tumeur pouvant donner à penser à un kyste hydatique de la trompe.

Le *toucher vaginal* pourra être douloureux : le col de l'utérus sera le plus souvent situé haut, par suite du mouvement de bascule que subit cet organe.

Dans les culs-de-sac latéraux, on sentira une tumeur plus ou moins volumineuse, plus ou moins séparée de l'utérus, suivant les adhérences qui pourront exister.

En combinant le toucher avec le palper abdominal, on pourra voir s'il y a mobilité ou non de la tumeur et les rapports que celle-ci peut affecter avec l'utérus ou les parois du bassin.

Enfin par le toucher vaginal comme par le toucher rectal dont nous allons dire un mot, on pourra aussi parfois se rendre compte du frémissement hydatique.

Le *toucher rectal* ne devra jamais être oublié et fournira des renseignements analogues à ceux donnés par le toucher vaginal, il permettra de constater la présence de la tumeur, sa grosseur, sa forme, ses dispositions, ses connexions.

Symptômes généraux. — Les symptômes d'ordre général sont le plus souvent peu nombreux ou ils n'apparaissent qu'à un stade beaucoup plus avancé de la maladie.

A une période quelconque de la maladie, on pourra noter de l'urticaire, signe si fréquent dans les kystes hydatiques.

A vrai dire, il n'y en a pas eu chez les malades de nos deux observations.

A une période très avancée, on peut arriver jusqu'à un état de cachexie et de misère physiologique profonde ; tout le cortège ordinaire des cachexies par développement de tumeurs malignes se retrouvera alors, mais moins intenses, et évolueront plus lentement.

Il ne faudra enfin jamais négliger de faire un examen général au point de vue hydatique et en particulier d'explorer le foie, la rate, l'intestin, le poumon, pour voir si ces organes ne renferment pas de tumeur du même genre.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du kyste hydatique de la trompe présente en vérité de grosses difficultés : chez notre malade de Doléris, il n'avait pas été fait et l'on avait conclu à un fibrome ayant évolué du côté du péritoine. Chez le malade de Chavannaz le diagnostic avait été fait avant l'intervention, par le fait seul de la netteté avec laquelle on avait constaté le frémissement hydatique.

Nous avons même là un fait intéressant à signaler au point de vue de l'étude du frémissement hydatique et de la façon dont on explique ce frémissement. Nous citons dans les lignes suivantes la théorie de Briançon sur la production de ce phénomène.

« Lorsqu'on place la main sur un kyste contenant des acéphalocystes de manière à l'embrasser le plus exactement possible, en exerçant une pression légère, et qu'avec la main opposée, on donne un coup sec et rapide sur cette tumeur, on sent un frémissement analogue à celui que ferait éprouver un corps en vibration, c'est le frémissement hydatique.

Si on réunit l'auscultation à la percussion, on entend des vibrations plus ou moins graves, semblables à celles que produit une corde de basse. C'est au nombre des acéphalocystes et à la quantité de liquide contenu dans le kyste que l'on doit attribuer la variabilité d'intensité de ces signes.

Ce sont les parois des vésicules membrancuses qui sont le siège de ces frémissements. »

BRIANÇON (*Du frémissement hydatique*, thèse de Paris, 1878).

Briançon pensait donc que ce frémissement ne peut se pro-

duire que lorsque l'hydatide renferme un grand nombre de vésicules secondaires dues au liquide relativement peu abondant.

Cette opinion semblait exacte dans la majorité des cas, mais Kuster a reconnu que deux ou plusieurs vésicules, dépourvues de vésicules secondaires, mais serrées les unes contre les autres sont capables de produire le frémissement.

Pour Clado, le frémissement est dû à la paroi du kyste lui-même; et Tillaux dit que sa production exige la présence dans une cavité unique de nombreuses hydatides filles avec le minimum de liquide possible.

Il semblerait donc d'après les faits que nous rapportons que le frémissement hydatique ne serait pas dû au mode de production qu'expose Briançon, puisque précisément, dans un cas où un kyste hydatique ne contenait pas de vésicules filles, il existait cliniquement un frémissement hydatique tellement net qu'il entraînait le diagnostic.

Donc, pour les kystes hydatiques de la trompe, comme pour tous les kystes hydatiques, de quelque organes qu'ils soit, le frémissement hydatique sera un signe véritablement pathognomonique qui donnera la clef du diagnostic. Mais même si l'on trouve ce signe, il sera intéressant de le corroborer par d'autres, et comme, d'autre part, il manquera certainement souvent, il sera indispensable d'y suppléer d'une manière quelconque.

Le mode de vie, le siège de la tumeur, la recherche exacte de sa situation, de ses rapports, de ses limites par la palpation et la percussion auront une grande valeur pour aider à éveiller l'idée d'un kyste hydatique de la trompe.

Le toucher, vaginal et rectal, corroborera les données fournies par ces recherches. Mais souvent, le frémissement hydatique n'existant pas comme dans le cas de M. le professeur Villar, l'ensemble des signes ainsi obtenus ne fournira qu'une donnée : tumeur du petit bassin; et si la localisation exacte est aisée : tumeur de la trompe.

Il y a cependant des cas où l'attention du chirurgien pourra être attirée par la multiplicité des kystes chez la même malade; ou encore si soudain, d'une manière imprévue, une tumeur d'indolente qu'elle était devient brusquement douloureuse et qu'en même temps il se fasse une poussée fébrile et il n'y aura plus de doutes si des fragments d'hydatides sont rejetés au dehors.

En dehors de ces signes, le diagnostic sera très difficile, impossible même, et seule la ponction ou la laparotomie pourra l'établir d'une façon ferme.

Avec quelles autres affections des organes du petit bassin pourrait-on avoir à faire un diagnostic différentiel ?

1° On pourrait d'abord le confondre avec une simple grossesse: un examen attentif permettra d'éviter cette erreur;

2° Avec une grossesse tubaire: ici, le diagnostic au début est plus délicat; il arrive, en effet, que les règles subsistent parfois au début d'une grossesse tubaire et tant que la rupture tubaire ne se sera pas produite, le doute sera permis. L'hématocèle qui succèdera à cette rupture pourrait bien, elle aussi, prêter à la confusion. Mais les signes d'hémorragie interne, la douleur, le coup de fouet de la rupture, les signes que donnent le toucher et enfin surtout la laparotomie lèveront tous les doutes ;

3° Avec un fibrome ramolli sous-péritonéal: cette erreur de diagnostic avait été faite par Doléris. La ponction pourra seule donner ici des renseignements précis.

4° Avec un kyste de l'ovaire: ces tumeurs peuvent présenter la même forme, la même indolence, la même absence de phénomènes généraux, les mêmes caractères physiques. On ne pourra donc établir le diagnostic que par la ponction si les signes pathognomoniques de la tumeur hydatique n'existent pas;

5° Certaines tumeurs malignes pourraient simuler un kyste hydatique de la trompe: mais en très peu de temps les symptômes graves qui les accompagnent, la rapidité de leur évolution, la cachexie précoce qu'elles entraînent empê-

cheront cette erreur. Le toucher vaginal et rectal trompe d'ailleurs très rarement dans le cas de tumeur maligne.

En résumé, diagnostic aisé quand on trouve un frémissement hydatique net. Très difficile quand ce signe fait défaut quoiqu'il ne soit peut-être pas impossible à faire si l'attention du chirurgien est attirée par des conditions spéciales d'étiologie, par de l'urticaire à la suite d'un traumatisme, par l'évolution un peu spéciale de ces kystes, et par la présence d'hydatides dans d'autres organes.

CHAPITRE IV

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

COMPLICATION. — PRONOSTIC.

Les kystes hydatiques de la trompe débutent, comme d'ailleurs ceux du petit bassin, d'une façon lente et insidieuse.

Cette période de latence est difficile à préciser, le début de l'affection n'étant en général signalé par aucun symptôme précis.

C'est ainsi que dans le cas de M. le Professeur Chavannaz, c'est la mère de la malade qui découvre l'existence d'une tumeur abdominale chez sa fille, alors que cette tumeur atteignait déjà l'ombilic.

Dans le cas de Doléris, l'évolution fut encore plus lente et la date du début plus douteuse. Le début est donc entouré de phénomènes peu nets qui empêchent d'assigner une date exacte à l'affection. Ceci s'explique d'ailleurs assez bien par ce fait, que tant que ces kystes ne sont pas assez volumineux pour gêner dans leur fonction l'organe où il siège et les organes voisins, aucun phénomène particulier ne se produit.

Cette période de latence du kyste peut durer plus ou moins longtemps, jusqu'à la mort du malade parfois, puisqu'il est arrivé de découvrir des kystes du petit bassin à l'autopsie de malades morts d'une autre maladie. Mais, en général, le kyste continuant à se développer va comprimer les organes

voisins: la vessie, provoquant de fréquentes envies d'uriner, parfois de la rétention; le rectum, causant de la constipation; les racines nerveuses et les vaisseaux, occasionnant de l'œdème des membres inférieurs et des crises douloureuses. Nous trouvons tous ces phénomènes de compression chez le malade de Doléris.

Si la tumeur augmente encore de volume, la compression peut provoquer des accidents mortels, comme cela est arrivé dans deux cas de kyste du bassin, signalés par Lavigne Sainte-Suzanne. Dans l'un, il survint dans la fonction urinaire des troubles qui aboutirent à l'urémie et à la mort. Dans le second, c'est par une obstruction intestinale qu'était survenu le dénouement fatal.

Nous n'avons pas d'observation semblable, mais l'on comprend parfaitement la possibilité d'accidents analogues provoqués par un kyste de la trompe.

Le kyste hydatique unilatéral de la trompe peut devenir un véritable obstacle à l'accouchement. La tête fœtale arrêtée par la tumeur ne peut progresser et la vie de l'enfant ainsi que celle de la mère se trouvent en danger.

Deux fois, dans un cas de kyste hydatique du bassin, on pratiqua l'opération césarienne, l'accoucheur croyant avoir affaire à une tumeur solide, alors qu'une simple ponction et une incision auraient peut-être sauvé la malade.

OBSERVATION I. — Femme trente-et-un ans. Arrêt de travail depuis trois jours par une tumeur s'étendant du coccyx au promontoire et d'un os iliaque à l'autre. On croit que c'était une tumeur solide et on pratique l'opération césarienne.

A l'autopsie, cinq tumeurs hydatiques dans la cavité abdominale: une dans la région hypogastrique; deux dans la région qu'occupent les trompes et les ovaires, et une contre l'utérus, la cinquième occupe l'excavation pelvienne. Elle avait contracté une union si intime avec le rectum et le vagin, le col et le corps de l'utérus qu'il eut été impossible de l'en séparer sans déchirer les organes.

(PUCHELT. *Commentatio de tumoribus in pelvipartum inpedientibus*, p. 213, 1840.)

OBSERVATION II. — Femme, vingt-trois ans. Accouchement rendu difficile par une tumeur occupant la partie supérieure de l'excavation pelvienne. Tumeur comprimant tellement le vagin qu'on ne pouvait y introduire que deux doigts. Ponction; issue d'un liquide purulent; on a reconnu la présence de crochets d'échinocoques.

Le travail se termine par la naissance d'un enfant vivant.

(SPATH. *Ærtzliche Bericht der k. Gelür und Fundelanstalt zu Wien.*).

De plus, comme tous les kystes hydatiques, ceux du petit bassin sont soumis à une loi d'évolution dont le but est l'élimination des hydatides. Lorsque l'époque de l'évacuation du contenu est arrivée, époque que rien d'ailleurs ne peut faire prévoir, le liquide du kyste devient lactescent, purulent, les parois du kyste s'enflamment provoquant ainsi des poussées de pelvi-péritonite.

Si l'on n'intervient pas, les parois du kystes s'ulcèrent et les hydatites sont expulsées dans une cavité voisine; dans les cas particuliers des kystes de la trompe le fait ne s'est pas produit puisque l'on est intervenu avant cet accident, mais il aurait pu évidemment se produire, ainsi que cela est arrivé dans le cas rapporté par Villard.

« Dans la nuit du 13 janvier, la femme expulsa une masse remplissant deux vases, chacun de la contenance de deux litres: c'est du sang, au milieu duquel nage une innombrable quantité de vésicules d'hydatides, du volume d'un petit pois à celui d'une aveline. Par le toucher on trouve que la tumeur dans le cul-de-sac postérieur est affaissée et le doigt introduit plus profondément constate l'existence d'une large déchirure anfractueuse, irrégulière de ce cul-de-sac, déchirure qui fait communiquer le vagin avec la cavité du petit bassin. La malade meurt d'ailleurs quelques heures après ».

On peut se demander où se ferait la rupture du kyste dans le cas de kyste de la trompe. Il est permis de supposer qu'elle

se ferait au niveau du pavillon qui paraît être le point faible au point de vue anatomique.

On voit quelle serait la gravité de cette complication : une péritonite généralisée, si le kyste était suppuré. Si par hasard il était aseptique, l'ouverture du kyste dans le péritoine serait suivie, comme le fait a été observé dans des cas semblables, d'une éruption d'urticaire généralisée ; cet urticaire se développe sans doute sous l'influence d'une leucomaine contenue dans le liquide hydatique et dont l'existence a été signalée par Momsen et Schladenhauffen. Ainsi donc, terminaison fâcheuse, dans la majorité des cas, si on laisse évoluer le kyste ; voici ce qui semble attendre un malade porteur d'un kyste de la trompe et qui le laisserait évoluer. Nous disons qui semble, puisque nous n'avons pas de cas de mort, mais le raisonnement par analogie nous semble ici permis. Donc, terminaison soit par accidents péritonéaux, soit par phénomènes urémiques, si l'on n'intervient pas.

Durée. — Quelle est la durée de cette affection ?

Ici on ne peut répondre d'une façon précise ; nos deux observations le montrent d'ailleurs assez.

Dans l'une, celle de Chavannaz, nous voyons un kyste évoluer en quelques mois, se mettre à suppurar et compromettre la vie de la malade.

Dans l'autre au contraire, il s'agit d'un kyste qui évolue pendant dix ans, qui est assez bien toléré par l'organe où il se développe et qui ne suppure pas.

Nous retrouvons d'ailleurs la même irrégularité de durée d'évolution dans les nombreuses observations de kystes hydatiques du petit bassin, consultées à ce sujet.

Le kyste hydatique est un fantaisiste, il évolue comme il lui plaît, de la façon qui lui plaît et dans le temps qui lui plaît. Il peut même s'arrêter dans son évolution et régresser.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection peut être considéré comme favorable (les deux cas que nous signalons en sont d'ailleurs la preuve) à la condition, bien entendu, qu'il y aura intervention chirurgicale.

Il ne peut y avoir de guérison sans le secours de la chirurgie et le pronostic sera d'autant plus favorable que le diagnostic aura été plus tôt posé et l'intervention plus précoce. On évitera ainsi la suppuration du kyste, son développement exagéré, les adhérences nombreuses avec les organes voisins, toutes causes qui augmentent les difficultés de l'intervention et par suite, assombrissent le pronostic.

CHAPITRE V

TRAITEMENT.

Le traitement des kystes de la trompe est essentiellement chirurgical. Il est impossible de guérir sans le secours de la chirurgie. Certes, on peut vivre avec un kyste hydatique, la malade de Doléris en est la preuve ; mais jusqu'à l'intervention chirurgicale qui la guérit, sa vie ne fut qu'une longue suite de souffrances.

Il faut intervenir, le diagnostic posé, le plus tôt possible.

On évite ainsi les complications redoutables qui peuvent résulter d'un développement du kyste ; rupture possible de la trompe et de la poche kystique dans le péritoine, hémorragie, enfin généralisation.

L'intervention précoce aura un autre avantage, elle sera plus aisée parce qu'il y aura peu d'adhérence, l'extirpation pourra être faite sans difficulté, la guérison rapide, et, si la femme est jeune, on supprimera une cause de stérilité.

Il faut donc intervenir.

Plusieurs procédés sont donc à la disposition du chirurgien.

La ponction simple ou suivie d'une injection de liquide antiseptique.

L'extirpation totale.

La marsupialisation.

La ponction. — Pourra être faite avec aspirateur de Potain avec tous les soins d'asepsie que comporte cette intervention.

C'est un mauvais et dangereux procédé :

1^o Parce que l'évacuation du kyste sera faite incomplètement, les kystes hydatiques renfermant souvent en effet peu de liquide et beaucoup de vésicules filles qui peuvent oblitérer l'aiguille de l'aspirateur ;

2^o Parce que si elle détermine parfois la mort de l'hydatide elle ne détermine jamais sa résorption ;

3^o Parce qu'elle n'atteint pas forcément toutes les vésicules et que l'une peut continuer à vivre et à se développer.

L'injection dans la poche d'antiseptiques à la suite de la ponction n'a pas donné de bons résultats.

Il est cependant des cas d'urgence où la ponction peut rendre des services appréciables, en particulier le cas possible de la coexistence d'un kyste hydatique d'une trompe avec une grossesse arrivée à terme.

Il faut alors supprimer la tumeur si elle est volumineuse pour deux raisons : d'abord parce qu'elle devient une cause de dystocie, ensuite parce qu'il faut redouter la rupture du kyste pendant le travail.

L'extirpation, dans un pareil cas, serait difficile et dangereuse ; la ponction sera alors indiquée puisqu'elle permettra l'accouchement et empêchera la rupture de la poche.

La ponction ne reste donc indiquée que dans des cas très spéciaux ; il faudra se souvenir que ce n'est qu'un procédé d'urgence nullement curatif et que pour obtenir une guérison complète, il faudra, les causes d'urgence disparues, employer un des procédés suivants.

L'extirpation. — C'est le procédé de choix quand il est possible.

Le manuel opératoire est absolument le même que pour les opérations faites par la voie abdominale ; mêmes précautions aseptiques et antiseptiques, et ouverture de la paroi couche par couche.

Y a-t-il des précautions spéciales à observer ? Assurément. Il est absolument inutile de faire une incision énorme ; elle doit être aussi petite que possible, ni trop, ni trop peu.

Il n'est pas nécessaire, en effet, au point de vue opératoire, d'avoir une grande incision par laquelle l'intestin pourrait sortir et s'infecter. Il faut avoir un champ opératoire commode et faire une incision de 10 centimètres environ, quitte à l'agrandir de 2 ou 3 centimètres aux ciseaux s'il est besoin.

Une autre raison, qui milite en faveur d'une petite incision, c'est qu'avec une grande incision on a une grande cicatrice et, partant, plus de chance à l'éventration et aux hernies post-opératoires.

La malade sera mise dans la position déclive, qui permet de libérer le champ opératoire des intestins, qui déshabitent le petit bassin et se réfugient vers le diaphragme et l'hypocondre. On aura alors un espace vide où on peut manœuvrer tout à son aise.

Quand l'intestin est très adhérent à la trompe, on peut sortir la partie adhérente, la mettre sur une compresse mouillée et faire la libération à air libre (éviscération partielle). Cette pratique n'est pas à recommander et ne doit s'employer que dans des cas très exceptionnels.

Faut-il essayer de détacher la poche sans la ponctionner où la ponctionner avant de la détacher ?

On pourra procéder de la même façon que s'il s'agissait d'un pyosalpinx, on l'évacuera par la ponction aspiratrice ; sur le point de ponction on mettra une pince et on procédera au détachement de la poche.

Il est assurément moins facile de décortiquer une poche vide que si elle est pleine. Cependant, il faut le faire à cause du danger toujours possible d'infection. S'il n'y a pas d'adhérence, si la poche kystique est une et si ses parois sont assez épaisses, on pourra essayer la décortication sans ponction préalable.

C'est ce procédé qu'avait employé Doléris; il avait, d'ailleurs, ouvert la poche d'un coup de bistouri malheureux.

C'est celui également dont s'est servi M. le professeur Villar dans un cas de kyste hydatique des annexes gauches.

Marsupialisation. — C'est le procédé qui doit être employé chaque fois que l'extirpation est rendue impossible ou tout au moins dangereuse pour le malade par des adhérences trop nombreuses ou trop résistantes avec les organes voisins. Quand on arrive sur la tumeur en un premier temps, on la ponctionne avec un trocart à kyste. La ponction doit être faite assez haut pour éviter un accident ou plutôt un incident opératoire toujours ennuyeux : l'introduction du trocart dans la vessie. C'est, d'ailleurs, ce qui est arrivé à M. le professeur agrégé Chavannaz, au cours de son intervention; croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, il ponctionna franchement un peu trop bas, puisqu'il traversa le dôme vésical; un point de suture fut immédiatement posé et cette erreur opératoire n'eut aucune suite.

Donc, ponctionner toujours aussi haut que possible pour éviter un pareil accident.

Il est encore préférable, si on peut le faire, d'attirer le kyste vers l'incision abdominale, on passe deux fils à travers la paroi de la poche, en tâchant le plus possible de ne pas pénétrer dans la poche elle-même, afin d'éviter l'issue du liquide; et ce n'est qu'après avoir entouré le kyste de compresses antiseptiques, pour protéger le péritoine, qu'on incise la poche. La poche, une fois vidée, on la suture aux parois de la plaie abdominale, et on résèque la partie kystique située entre les deux lignes de suture, en réséquant le plus possible de poche. Un drain est placé dans la poche et l'on pratique tous les jours au début, tous les deux jours ensuite, des lavages antiseptiques faibles, de cette cavité.

Les suites opératoires sont plus lentes que dans l'extirpation, la guérison tarde un peu, la cicatrice n'est pas très

esthétique, mais c'est le seul procédé vraiment sûr, dès que les adhérences sont nombreuses et résistantes.

Donc, trois procédés pouvant avoir chacun leur indication :

La ponction, dans des cas très exceptionnels et comme procédé d'urgence ;

L'extirpation, dans les cas de tumeurs peu adhérentes ;

La marsupialisation, s'il y a des adhérences nombreuses.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Kyste hydatique de la trompe droite. Marsupialisation. Drainage.

Marie F..., âgée de quinze ans, cultivatrice, née à Noaillan, dans le département de la Gironde.

Antécédents personnels. — Etait très sujette aux angines, étant jeune, et a eu les oreillons à l'âge de dix ans. N'a jamais eu de maladies sérieuses. Elle jouissait d'une bonne santé jusqu'à ces derniers temps. Elle n'est pas encore réglée, pas de pertes blanches.

Histoire de la maladie. — Il y a trois mois environ, la mère de la malade s'aperçut qu'elle portait une tumeur dans le côté droit du bas-ventre.

Cette tumeur augmenta progressivement de volume et vers le milieu de décembre, la petite malade commença à souffrir du ventre.

Les douleurs éclataient par crises peu violentes, de courte durée, siégeant surtout du côté droit, douleurs qui ne s'irradiaient ni dans les reins, ni dans les cuisses.

Un peu constipation, pas de pollakiurie, un peu de difficulté à la miction.

Etat actuel. — A la palpation, on constate la présence d'une tumeur dépassant de quatre travers de doigt l'ombilic, faisant à droite une

saillie plus considérable qu'à gauche. Elle ne peut être mobilisée ni transversalement, ni de haut en bas, pas plus que d'avant en arrière.

La tumeur est de forme régulière, elle est arrondie, sa consistance est uniforme, elle est nettement fluctuante dans tous les sens.

A la percussion, on touche de la matité sur toute la surface de la tumeur et de la sonorité dans les deux flancs et l'épigastre.

La matité ne se déplace pas dans les mouvements que l'on fait faire à la malade.

A l'inspection de la paroi abdominale, on trouve la cicatrice ombilicale un peu dépliée, mais on n'aperçoit pas sur la paroi de veinosités indiquant une circulation collatérale intense.

Pas d'œdème des membres inférieurs, léger œdème de la paroi abdominale.

Rien à signaler du côté des autres organes.

Le toucher vaginal est pratiqué. On ne trouve rien du côté de l'utérus, la tumeur ne se mobilise pas dans les mouvements qu'on lui imprime. Enfin le toucher, associé à la palpation de la paroi abdominale, permet de percevoir, d'une façon très nette, l'existence d'un frémissement hydatique.

L'existence de ce frémissement ayant attiré l'attention du chirurgien, on sut que le père de la malade possédait deux chiens avec qui elle s'amusait souvent.

M. Chavannaz posa alors le diagnostic de kyste hydatique de l'ovaire.

Opération le 15 février 1907.

Incision de Pfannenstiel. L'aponévrose est mince et peu solide. On tombe alors sur une tumeur à paroi rougeâtre; elle est ponctionnée avec le trocart à kyste, mais trop bas, la vessie est légèrement atteinte. Du kyste s'écoule un liquide purulent en grande quantité, contenant des crochets d'échinocoque. Comme la paroi du kyste est partout adhérente et surtout en avant avec la paroi abdominale, avec qui elle est intimement collée, l'incision faite ne donne pas assez de jour et l'on doit pratiquer une incision médiane perpendiculaire à l'autre. On ouvre grandement la poche d'un coup de ciseau, il en sort encore une certaine quantité de liquide purulent.

On extirpe la paroi de la poche kystique et l'on s'aperçoit que la paroi de la cavité est située en avant des intestins et des organes du petit

bassin. A droite, on aperçoit un orifice festonné de coloration rougeâtre, absolument semblable à l'orifice de la trompe, ce qui laisse à penser qu'il s'agissait d'un kyste hydatique de la trompe et non de l'ovaire.

On marsupialise le kyste, on le draine avec un gros drain. Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

Suites opératoires. — Les jours suivants, abondant écoulement de liquide. Puis l'on s'aperçoit que la malade perd ses urines par la plaie. On y place une sonde de Petzer.

Le 5 mars. La sonde fonctionne bien. État général relevé.

Le 15 mars. Liquide écoulé de moins en moins abondant. État général excellent.

Le 2 avril. On remplace la sonde de Petzer par un petit drain.

La malade sort peu de jours après complètement guérie.

OBSERVATION II.

Cas de Doléris.

M^{me} J..., originaire des Basses-Pyrénées, est âgée de trente-six ans.

De santé florissante et d'un embonpoint assez marqué pendant sa jeunesse elle fut réglée à douze ans. Ses règles étaient abondantes et duraient huit jours pleins.

Vers l'âge de dix-sept ans, elle souffrit de quelques douleurs abdominales qui furent jugées de nature nerveuse par le médecin du pays. Elle avait aussi de fréquentes migraines.

Quoique fille de boucher, jusqu'à son mariage elle n'avait été que peu en contact avec des animaux notamment avec des chiens et des bestiaux.

Elle se marie à vingt-quatre ans avec un boucher. On abat chez lui presque journellement des veaux et des moutons ; il y a deux chiens bull-dogs à la maison. Vers la fin de la première année de son mariage, elle est prise de douleurs abdominales continues et parfois d'une violence extrême, qui l'obligent à se coucher souvent au milieu de la journée.

Les douleurs reviennent à tout moment, d'abord avec les époques, puis sans coïncidence avec les règles.

Au bout de quelques mois, il se produit de la constipation et de la dysurie. La malade ne peut uriner et reste plusieurs jours sans aller à la selle. Jamais elle n'a mangé de viande crue, ni même mangé de viande avec excès. Elle consulte de nombreux médecins qui restent muets sur le diagnostic.

D..., de Pau, lui découvre une tumeur, il y a huit ans environ, et en raison, sans doute, des pertes très abondantes, lui administre pendant de longs mois du seigle ergoté.

Elle amaigrit et souffre toujours, mais ses règles diminuent.

Des consultations médicales se succèdent; la tumeur est reconnue et très diversement appréciée, naturellement. On pense à un kyste fœtal, à une grossesse ectopique, à des fibromes, etc. Elle a augmenté d'ailleurs assez rapidement pendant les cinq ou six dernières années.

La malade raconte qu'elle sentait fort bien elle-même des saillies sous la paroi abdominale.

Le Dr F..., de Pau, conseille des eaux de Salies-de-Béarn.

M^e J... y va plusieurs années de suite, elle y fait sa dernière cure en 1894. A ce moment, le ventre était devenu très volumineux.

Après Salies les douleurs s'atténuèrent notablement. Elles ne revenaient que par intervalles et toujours de plus en plus faibles. Mais le ventre augmentait toujours de volume et désireuse de se débarrasser de sa tumeur, la malade vient me consulter en septembre dernier 1895.

Je trouvai, au toucher, le col utérin petit et ferme, repoussé très haut et en avant derrière la symphise pubienne. Il est impossible de rien sentir du corps. Inutile de dire que la malade est stérile. Le cul-de-sac de Douglas est déprimé vers le vagin, et il fait une saillie prononcée. Il est rempli par une tumeur dure, rénitente, assez régulière.

Du côté du ventre, je trouve une tumeur très bosselée, irrégulière, remplissant le bassin, dépassant l'ombilic et remontant jusqu'à l'épigastre et paraissant avoir le volume d'un utérus gravide de sept mois environ.

La consistance de la tumeur est d'une dureté élastique. Les parties nodulaires que le palper perçoit sont très superficiellement placées; elles déforment même la paroi abdominale à droite et à gauche. Elles

jouissent partiellement d'une mobilité relative, tandis que la masse intra-pelvienne est fixe et impossible à déplacer.

Le cathétérisme de l'utérus donne 8 cent. 1/2.

Le facies est coloré. L'état général est bon ; la miction et la défécation sont redevenues aisées depuis deux ans. Les règles diminuent tous les jours et manquent même parfois.

Ne pouvant songer à une tumeur maligne de l'ovaire, seule tumeur capable de présenter de semblables apparences, je diagnostiquai un fibrome multinodulaire, avec des masses énucléées vers le péritoine, ce qui expliquait le peu de dimensions de l'utérus. La modération du flux menstruel s'expliquait par l'énucléation des tumeurs hors de l'utérus lui-même, et par la possibilité d'une dégénérescence des ovaires.

Je proposai l'ablation de la tumeur.

La malade revient à Paris au bout de six mois. Il me semble que le ventre a encore augmenté.

Rien d'autre n'est survenu, les douleurs ne sont pas plus fortes.

Opération le 24 mars 1896.

En incisant le péritoine, on trouve des adhérences multiples et étendues du tablier épiploïque avec la tumeur, celui-ci la recouvre entièrement, la pénètre par endroits et s'enfonce principalement en se confondant avec elle vers la fosse iliaque droite et le même côté du bassin.

La tumeur d'aspect bosselé, offre par places l'aspect de circonvolutions intestinales et ne présente aucune adhérence avec le péritoine pariétal sur la ligne médiane, mais il en existe sur les côtés, vers les fosses iliaques.

La tumeur occupe tout le petit bassin et remonte jusqu'à l'épigastre. Elle est d'une exploration extrêmement pénible, il y a en effet des adhérences partout ; à droite surtout, avec le cœcum et l'appendice vermiforme en bas avec le rectum ; en avant avec la vessie qui est fortement repoussée à gauche, et le fond du corps utérin.

Ces adhérences sont disséquées et incisées une à une au bistouri ou au thermocautère quand elles paraissent par trop vasculaires ; on fait un grand nombre de ligatures hémostatiques.

La résistance principale avait lieu de chaque côté, au niveau des ligaments infundibulo-pelviens. La section des ligaments, y compris les vaisseaux utéro-ovariens, a été faite après double ligature. Les veines

sont très dilatées. Dès lors le dégagement s'est opéré avec moins de difficulté. Toutefois il a été nécessaire de gratter énergiquement de l'ongle en s'aidant des ciseaux, pour désinsérer les lobes qui étaient plus particulièrement logés dans l'épaisseur des ligaments larges. Cette manœuvre a été faite alternativement des deux côtés.

L'utérus est recouvert en totalité par le néoplasme et il faut l'en séparer lentement et minutieusement surtout en arrière.

On l'amène ainsi à l'extérieur encapuchonné par la tumeur.

Les adhérences qui unissent celle-ci au fond de l'utérus étant extrêmement résistantes, et comme finalement il n'y avait plus qu'elles pour empêcher l'ablation de la tumeur, on incise tout le fond de l'utérus, après avoir saisi le corps dans un clamp fortement serré; on lie les trompes préalablement isolées à leur insertion utérine et on les incise également; cautérisation au thermocautère de la surface saignante de l'utérus et du Douglas.

La vessie complètement déviée vers la gauche se trouve disséquée, entièrement séparée de ses attaches pelviennes, elle retombe au fond du bassin.

On la remet en place aussi exactement que possible et on la suture circulairement à la paroi pelvienne au moyen d'un long surjet au catgut.

La tumeur une fois enlevée, il est procédé à une toilette minutieuse de la cavité au moyen d'éponges. La quantité de sang perdu a été très minime, il y a très peu de caillots dans le petit bassin qui est nettoyé très rapidement, on fait une suture au surjet pour réunir les deux lèvres du péritoine pariétal sectionné à l'insertion des ligaments larges: on place une ligature élastique sur le moignon utérin qui est pédiculisé.

Le pédicule très étroit est fixé à la paroi; on fait un court drainage avec une mèche de gaze iodoformée, de 10 centimètres de long.

Tumeur. — La tumeur a une forme bizarre, elle ressemble assez bien à un amas d'anses intestinales très distendues.

Elle pèse environ 2 kilogrammes, son diamètre est de 32 centimètres dans sa plus grande largeur, 28 dans sa plus petite.

Elle est constituée par les deux trompes utérines, énormément distendues et développées, et remplies de vésicules hydatides; après avoir disséqué les adhérences réunissant les différentes anses formées par les

trompes enroulées à la façon de l'intestin, on arrive à séparer nettement chacune d'elles.

La trompe droite mesure 57 centimètres, la gauche 53, soit une longueur de 1 mèt. 10 pour les deux. La distance des deux conduits s'arrêtait à 3 centimètres de l'insertion utérine pour la trompe gauche, de 1 centimètre environ pour la trompe droite. Sa coloration est blanche, nacrée, presque transparente par places; sa consistance très élastique, on perçoit à merveille le frémissement hydatique. Les parois sont d'épaisseur variable, tantôt minces comme l'intestin distendu, tantôt offrant plusieurs millimètres d'épaisseur. De chaque côté, et en arrière de l'anse formée par la trompe, se trouve l'ovaire, d'apparence saine.

La tumeur, à sa partie antéro-inférieure, présente une sorte de loge; c'est à cet endroit que se trouvait encastré l'utérus que la tumeur coiffait en quelque sorte.

Une incision faite au cours de l'opération sur une partie de la tumeur a permis d'en extraire un certain nombre de vésicules.

Le péritoine formant les adhérences, ainsi que l'épiploon, étaient remplies de petites tumeurs vésiculeuses, de la grosseur d'un pois et contenant des matières graisseuses; au microscope, on y trouve en outre, l'aspect caractéristique de membranes hydatides sans crochets.

Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur VILLAR)

Femme âgée de trente-cinq ans, originaire des Landes. Vient consulter M. le D^r Villar en mai 1907 pour une tumeur occupant tout l'utérus remontant jusqu'à deux travers de doigt du foie. Tumeur globuleuse immobile.

Matité dans tout l'abdomen et dont la topographie ne varie pas avec les déplacements que l'on imprime à la malade. Pas de frémissement hydatique.

Le diagnostic posé est celui de kyste de l'ovaire.

Opération. Laparatomie. Kyste idatique énorme non suppuré de l'ovaire et des annexes gauches.

Extirpation. Guérison complète le quinzième jour.

Nous n'avons pu pour ce cas avoir que ces quelques renseignements qui, bien qu'incomplets, sont intéressants. L'observation de ce cas et les documents le concernant n'ayant pu être retrouvés.

CONCLUSIONS

1° Le kyste hydatique de la trompe est une affection très rare.

2° Le kyste hydatique de la trompe peut être primitif ou secondaire, simple ou multiple.

3° Son anatomie pathologique, son étiologie et sa pathogénie sont sensiblement les mêmes que celles des autres kystes hydatiques.

4° Sa symptomatologie est à peu près la même que celle des tumeurs du petit bassin ; le frémissement hydatique a une valeur pathognomonique, seul, il peut trancher le diagnostic en dehors de la ponction ou de la laparatomie.

5° Les complications peuvent être très graves si l'on n'intervient pas.

6° Le traitement est essentiellement chirurgical :

Ponction dans quelques cas très spéciaux et comme moyen d'urgence.

Extirpation dans les cas simples.

Marsupialisation quand le kyste est adhérent.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
F. VILLAR.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 20 janvier 1908.

Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALTERMYAN. — Etude sur les kystes hydatiques de l'utérus. *Lancet*, 4 avril 1891.
- BOURDON. — Des tumeurs fluctuantes du petit bassin et de leur ouverture pratiquée par le vagin. *Arch. gén. de médecine*, XIV, p. 89.
- BENOIT. — Kyste hydatique des trompes. *Ann. de gynécol.*, 1898.
- BRIEL. — Kyste hydatique de l'utérus compliquant un accouchement. *Wratch*, n° 10, 1882.
- BRIANÇON. — Du frémissement hydatique. Thèse de Paris, 1878.
- DARLY. — Kyste hydatique de l'utérus. *Brit. med. journ.*, 30 mai 1874, p. 714.
- DEMONS. — *Arch. de Bordeaux*, 1893.
- DUMONT. — Kyste hydatique de l'ovaire. *Bull. Soc. anat. de phy. de Bordeaux*, 1889.
- DERMIGNY. — Thèse de Paris, 1894.
- DOLÉRIS. — Kyste du bassin chez la femme. *La Gynécologie*, 1895, p. 91.
- EMMERT. — Kystes hydatiques multiples du foie et du petit bassin. *Witembergester Correspondenzblatt*, 1871.
- FAIRHANK. — Hydatids in the pelvis cause of retention of urine operation cures. *Clinical society's Transactions*. London, 1892.
- FORGUE. — Traité de pathologie externe.
- FREUND. — *Arch. für gynæcol.*, XV, 2^e partie, p. 254, 1886.
- Echinocoques du bassin chez la femme. *Arch. für gynæcol.*, XV, 2^e partie, p. 254, 1886.
- LAVIGNE-SAINTE-SUZANNE. — Thèse de Bordeaux, 1893.
- LEMONNIER. — Thèse de Paris, 1896.

MENEGER. — Kystes hydatiques de l'épiploon et du bassin. Thèse de Lyon, 1892.

PINARD. — *Annales de gynécologie*, 1888.

PERUK. — *Gazette hebdom. de Paris*, 1884, p. 154.

VERNEUIL. — Mode de traitement des kystes hydatiques. *Journ. de méd. et de chirur. pratique*. Paris, 1885.

VILLAR (F.). — Kystes hydatiques du petit bassin. Congrès de chirurgie, 1892.

VILLARD. — *Annales de gynécologie*, 1878, p. 101.

